

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Valda BOULÈGUE-CAMILLERI

Née le 31 août 1907, au Caire (Egypte)

Diplômée de l'Institut d'Hygiène et de l'Ecole de Puériculture de Paris

ÉTUDE COMPARÉE DU CONTROLE LÉGAL
DE
L'EXERCICE DE LA MÉDECINE
DANS LES PAYS D'EUROPE

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Valda BOULÈGUE-CAMILLERI

Née le 31 août 1907, au Caire (Egypte)

Diplômée de l'Institut d'Hygiène et de l'Ecole de Puériculture de Paris

ÉTUDE COMPARÉE DU CONTROLE LÉGAL
DE
L'EXERCICE DE LA MÉDECINE
DANS LES PAYS D'EUROPE

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	MOCQUOT.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.			
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Médecine Coloniale
Conseiller technique au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur général des Services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse, nous
adressons l'hommage de notre reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR HARTMANN
M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE
M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
M. LE DOCTEUR LESNÉ
M. LE PROFESSEUR agrégé CHABROL
M. LE DOCTEUR MILIAN
M. LE PROFESSEUR agrégé GUILLAIN
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE
M. LE PROFESSEUR TERRIEN
M. LE PROFESSEUR CLAUDE
M. LE PROFESSEUR MARION

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE

M. WEIL-HALLÉ
M. LE PROFESSEUR LEREBoullet
M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE
M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

A M. LE PROFESSEUR POULARD

Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

A M. LE DOCTEUR WALTHER

Chirurgien du Hertford British Hospital

*Avec toute ma respectueuse gratitude
pour le dévouement et la bienveillance
qu'ils m'ont toujours témoignés.*

MEIS ET AMICIS

Il m'est doux au seuil de ce travail de dire toute ma gratitude à ceux qui m'ont donné leur affection et guidé de leurs conseils.

Ma pensée s'élève tout d'abord vers toi, ma mère, si tôt ravie à mon amour filial. Combien amer fut le vide que ton absence laissa dans notre foyer. Mais ton image bien-aimée, jalousement gardée dans mon cœur, fut pour moi une force, un soutien.

Je n'oublierai pas ton abnégation, le dévouement infatigable dont tu entouras notre enfance, ton sourire plein de douceur.

Ta vie sera pour moi le souvenir vivant où je viendrai chercher l'exemple et le réconfort dans les heures difficiles.

Quelle dette de reconnaissance j'ai envers toi, mon père, à qui incomba l'éducation de ma sœur et la mienne. C'est toi qui m'as encouragée à choisir cette carrière médicale dont tu entrevoyais toute la beauté et le dévouement, c'est à toi que je dois toute la satisfaction que j'en tire.

Votre vie à tous deux faite de sacrifice, de travail et de dévouement, sera dans la mienne le sillon que je m'efforcerai de suivre.

A toi, mon mari, guide précieux et compagnon dévoué de mes longues années d'études, je veux dire ici toute ma joie de partager ta vie.

Je dédie également cet ouvrage à mon frère et à mes sœurs, avec qui j'ai goûté les douces joies de l'affection fraternelle, en souvenir de notre enfance.

Une pensée particulière à toi, petite sœur, avec qui j'ai partagé la souffrance du vide que laissa notre douce maman.

Que ma belle-famille trouve ici toute ma reconnaissance pour l'accueil affectueux qu'elle m'a réservé.

J'envoie une affectueuse pensée à tous les miens, mes amis, mes camarades de Faculté. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère amitié.

ÉTUDE COMPARÉE DU CONTRÔLE LÉGAL DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DANS LES PAYS D'EUROPE

Avant-propos.

Pendant très longtemps, l'organisation de l'exercice de la médecine, comme celle des études médicales, obéissait à des règles intérieures et indépendantes des lois. C'est la corporation, la confrérie ou la faculté qui examinait les titres de ceux qui postulaient un diplôme, ce sont ces organismes qui délivraient l'autorisation d'exercer et qui tranchaient les différends qui pouvaient survenir au cours de la pratique médicale.

Le contrôle légal de l'exercice de la médecine est donc un fait relativement récent. En France, il date de l'Empire (loi du 19 ventôse an XI, 10 mars 1803) et, dans d'autres pays, il est beaucoup plus récent. Ce qui est intéressant à noter, c'est que l'emprise de l'Etat tend à devenir de plus en plus forte et s'est peu à peu substituée aux règlements intérieurs d'autrefois.

Ce n'est que tout récemment qu'un mouvement a pris jour, ayant pour but de créer des organisations

professionnelles de caractère officiel destinées à diminuer l'influence de l'Etat.

Nous avons réuni dans notre travail les mesures législatives édictées dans différents pays d'Europe, nous en avons fait une étude comparative en montrant d'une part les analogies, d'autre part les dissemblances qui existent entre les divers règlements. Nous avons commencé par les lois qui régissent l'exercice de la médecine et les qualités et diplômes requis pour cet exercice (chapitre I). Nous avons envisagé ensuite les mesures de répression de l'exercice illégal (chapitre II). Nous avons étudié la question du libre choix des médecins par les clients et un certain nombre de points qui s'y attachent (chapitre III). Nous avons consacré le quatrième chapitre à la question du secret professionnel. L'étude des diverses conceptions de la responsabilité professionnelle médicale fait l'objet du chapitre V. Dans le chapitre suivant, nous avons examiné les rapports légaux du médecin avec l'Etat, la possibilité d'une réquisition, de soins obligatoires, etc. Notre dernier chapitre est enfin consacré à la question des organisations ou des règlements professionnels officiels, ordre des médecins, etc.

La base de notre travail a été une enquête menée par l'Association professionnelle internationale des Médecins. Dix-sept pays européens ont participé à cette enquête et ont fourni des renseignements détaillés sur l'organisation de la profession médicale. Ces pays sont les suivants : Allemagne, Autriche, Bel-

gique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hollande, Hongrie, Luxembourg, Norvège, Suède, Suisse, Yougoslavie. Nous avons complété cette enquête par les données d'une série d'articles parus dans la *Presse Médicale* sous la direction de Ph. Dally et par quelques autres documents.

Nous pensons faire œuvre utile en réunissant ces données dans un travail de comparaison. On sait combien les bases même de la profession médicale ont été bouleversées par les conditions nouvelles de la vie, par la crise économique mondiale et par l'évolution de la science médicale elle-même. Il peut être utile dans ces conditions de savoir comment les divers peuples ont cru résoudre les problèmes souvent fort ardu de l'heure.

CHAPITRE I

Lois fondamentales réglant l'exercice de la médecine.

Il nous semble naturel en France que, pour exercer la profession médicale, il soit indispensable d'être muni d'un diplôme de docteur en médecine. Tel est en effet le texte de la loi du 30 novembre 1892, confirmé par la récente loi du 26 juillet 1935. Il ne faut pas oublier cependant qu'il y a eu, avant 1892, une catégorie de médecins non pourvus du titre de docteur, les officiers de santé.

Il existe encore actuellement trois pays en Europe où la profession médicale peut être exercée sans être titulaire d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme analogue (licencié en médecine, médecin, etc.). Ainsi, en Allemagne (réserve faite des dispositions toutes récentes dont nous n'avons pu prendre connaissance), l'*approbation* de l'Etat peut être accordée, en dehors d'aucun diplôme, à des « personnes ayant, au préalable, rendu des services reconnus dans le domaine scientifique ».

En Grande-Bretagne, il existe une procédure analogue à l'*approbation* d'Etat, qui est l'inscription sur

un registre. Celle-ci est faite à la suite de la décision du « General Medical Council » sur l'examen des diplômes. On peut cependant « soigner » sans être inscrit sur ce registre et sans avoir des diplômes, mais dans ces cas on ne doit pas porter le titre de médecin.

En Suède, on peut exercer la médecine, sans avoir le diplôme requis qui est celui de licencié en médecine. A cet effet, il suffit de l'autorisation du gouvernement ou de l'obtention d'une fonction médicale officielle.

Notons encore, en dehors de ces trois pays, l'existence d'un exercice libre de la médecine dans deux cantons de la Suisse (Bâle et Appenzell). Nous reviendrons encore sur cette liberté à propos de l'exercice illégal.

*
* *
*

On voit en somme que, dans la plupart des pays la médecine constitue une profession réglementée. L'Etat, en accordant l'autorisation d'exercer cette profession, fournit en quelque sorte une garantie des capacités professionnelles du médecin. Il est normal que dans ces cas l'Etat s'entoure lui-même de toutes les précautions nécessaires. Il existe cependant quelques différences de détails dans l'appréciation des garanties offertes par le candidat.

On sait qu'en France il suffit d'être titulaire d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine pour exercer ; l'enregistrement du diplôme n'étant nullement une

épreuve, mais une formalité administrative. Nous reviendrons plus loin sur quelques dispositions récentes concernant la nationalité.

Il existe des dispositions analogues dans la plupart des pays où l'enseignement même de la médecine est placé sous la surveillance de l'Etat : Autriche, Belgique, Espagne, Estonie, Grèce, Hollande, Hongrie, Suisse.

Par contre, dans d'autres pays, il est indispensable d'obtenir une autorisation spéciale du gouvernement. Celle-ci est obtenue soit à la suite d'un véritable examen, soit après l'appréciation des titres et des garanties morales offertes par le candidat. Tel est le cas en Allemagne, en Bulgarie, au Danemark, en Grande-Bretagne, au Luxembourg, en Norvège, en Suède et en Yougoslavie.

* * *

Dans tous ces cas, nous avons envisagé des médecins qui ont fait leurs études dans le pays même où ils exercent et dont ils sont originaires. Dans la grande majorité des états européens, les diplômes étrangers ne sont pas acceptés automatiquement, mais font l'objet d'une sorte de révision. Celle-ci nécessite un certain nombre d'examens ou simplement l'autorisation du gouvernement.

Dans l'ensemble, les diplômes obtenus à l'étranger n'autorisent dans aucun pays l'exercice d'emblée. En Allemagne et en Angleterre, on ne peut être praticien « qualifié », « approuvé », en un mot garanti par le

gouvernement, sans posséder le diplôme du pays. En Suède, le fait est possible dans certains cas exceptionnels, mais avec l'autorisation du gouvernement. Enfin, dans les pays où tout exercice est interdit en dehors du contrôle légal, il est indispensable d'obtenir le diplôme légal. Les facilités pour obtenir celui-ci sont assez variables. Il s'agit souvent d'une simple « *nostrification* », comprenant de grosses dispenses d'examen. Il en est ainsi en Autriche, Belgique, Danemark, Grèce, Hollande, Hongrie, Luxembourg, Norvège, Suisse, Yougoslavie. Les épreuves sont beaucoup plus sévères et comprennent tous les examens en Bulgarie, Espagne, Estonie, France, et Suède. Actuellement, depuis la loi récente, c'est la France qui semble être la plus difficile à ce point de vue-là.

Dans la plupart des pays, l'exercice de la médecine est réservé aux seuls nationaux du pays, autochtones ou naturalisés. Cependant, la nationalité n'est pas exigée en Allemagne (sous réserve de dispositions récentes que nous ne connaissons pas), Belgique, Danemark, Grande-Bretagne, Hongrie, Norvège, Suède.

La nationalité est exigée (à part certaines conventions avec quelques pays, mais dont l'importance numérique est négligeable et qui nécessitent la réciprocité) en Autriche, Bulgarie, Espagne, Estonie, Grèce, Hollande, Luxembourg, Suisse et Yougoslavie. La France occupe la place extrême dans cette liste car, même après acquisition de la nationalité,

un délai est exigé avant de pouvoir exercer la profession médicale.

Nous n'insistons pas sur les conventions frontalières qui existent dans presque tous les pays soit légalement, soit consacrées par l'usage, et qui permettent aux médecins d'un pays d'exercer accidentellement dans les localités limitrophes.

*
* * *

Dans la grande majorité des pays européens, il n'existe qu'un seul et unique diplôme reconnu légalement, donnant droit à l'exercice de toutes les branches de la science médicale. A notre connaissance, il n'existe que deux pays où un diplôme de spécialiste est exigé pour l'exercice de la chirurgie et de certaines autres branches. Ces pays sont la Grèce et la Yougoslavie.

Il est également très général de constater que, l'autorisation d'exercer une fois acquise, elle reste valable d'une façon définitive. Dans un seul pays, au bout de dix ans de non-exercice, l'autorisation est automatiquement abolie et, pour recommencer la pratique, on doit passer de nouveaux examens. En Yougoslavie, cette prescription ne s'applique qu'aux spécialistes.

Par contre, l'autorisation peut être temporairement ou définitivement enlevée pour des raisons d'ordre moral : peine infamante, avortement (France), dégradation civique (Allemagne), mauvaise conduite (Suisse), état mental déficient, abus d'alcool ou de stupéfiants (Suède).



Dans l'ensemble, ce qui caractérise la réglementation actuelle de l'exercice de la médecine en Europe, c'est qu'elle est entièrement sous le contrôle de l'Etat. Dans un certain nombre de pays, ce contrôle de l'Etat est en quelque sorte indirect et se trouve exercé par les Facultés qui, elles, sont contrôlées. Tel est le cas en France. Dans un certain nombre de pays, comme l'Allemagne ou l'Angleterre, le contrôle du gouvernement est direct et la « qualification » peut être indépendante des titres universitaires. Il faut noter que ce sont précisément les états où le droit de « soigner » est libre à condition d'établir une distinction entre les médecins qualifiés et ceux qui ne fournissent aucune garantie officielle.

En France, l'existence de deux diplômes de docteurs en médecine, le diplôme d'état et le diplôme d'Université, établit également une distinction, mais celle-ci est d'un autre ordre. Le diplôme d'Université ne confère aucun droit, bien qu'il exige exactement les mêmes études que le diplôme d'état. Cette dualité a créé de grandes confusions que la récente loi n'a pas complètement dissipées. La suggestion du professeur Sergent tendant à la suppression du diplôme d'Université nous paraît une assez heureuse solution du problème. En Hollande, par exemple, seuls les nationaux peuvent exercer la médecine, ainsi qu'en France. Pour obliger tous les étrangers naturalisés

à posséder un diplôme comparable à celui des nationaux, on exige, en plus du titre de docteur en médecine, les titres initiaux requis pour les études médicales, c'est-à-dire ce qui correspond au baccalauréat en France. Une telle conception éviterait de donner aux étrangers un diplôme qui peut prêter à confusion, en faisant croire à une infériorité, alors qu'il n'en est rien. D'un autre côté, elle garantit les nationaux contre les facilités dont pourraient bénéficier les étrangers en s'installant après naturalisation.

CHAPITRE II

Exercice illégal de la médecine.

Etant donné le contrôle du gouvernement et la nécessité d'une autorisation de l'Etat pour exercer la médecine, il serait logique qu'il y eut des sanctions contre ceux qui exercent cette profession sans satisfaire aux conditions requises. Ceci constituerait à la fois une protection de la profession contre les charlatans et une garantie du public contre l'incompétence des individus non qualifiés.

Or, les sanctions contre l'exercice illégal de la médecine sont tantôt inexistantes, tantôt notoirement insuffisantes. Il y a là d'ailleurs deux problèmes à considérer, ainsi que le prévoit la juridiction française : l'exercice illégal proprement dit et l'usurpation des titres. On sait qu'en France l'exercice illégal est puni d'après l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892. Par contre, l'usurpation du titre de docteur en médecine n'est punie qu'en cas d'exercice illégal. Elle constitue alors une circonstance aggravante.

Dans les autres pays d'Europe, la répression est sensiblement différente. Quant à l'exercice illégal, la notion n'existe même pas en Grande-Bretagne, en

Allemagne, au Danemark et en Norvège. Chacun a le droit de « soigner » dans ces pays, avec certaines réserves toutefois. Ainsi, les fonctions administratives sont réservées aux seuls médecins reconnus par l'Etat ; eux seuls peuvent soigner les assurés sociaux, etc. La prescription des substances toxiques est également interdite aux non-médecins, ainsi que le traitement des maladies vénériennes, des maladies contagieuses et l'établissement de certificats légaux. En Grande-Bretagne, seuls les médecins peuvent intenter une poursuite devant les tribunaux pour non-paiement des honoraires.

Dans tous les autres pays, il existe des lois édictant des peines contre l'exercice illégal, mais bien souvent ces peines sont notoirement insuffisantes ou mollement appliquées. Tel est le cas en Autriche, en Belgique et en Bulgarie.

*
* *
*

La notion de l'usurpation du titre est aussi assez diversement conçue. En principe, tous les pays punissent l'usurpation du titre de docteur en médecine ou titre correspondant. Au Luxembourg, comme en France, l'usurpation seule ne constitue pas un délit, mais une circonstance aggravante dans l'exercice illégal. Dans tous les autres pays, même dans ceux où le droit de « soigner » est libre, on punit l'usurpation du titre de médecin, de chirurgien, etc., faisant croire qu'on est pourvu d'une autorisation de l'Etat.

Il existe, en outre, un pays, la Grèce, où l'usurpation d'un titre de spécialiste est également punie.

On a, en somme, l'impression que l'usurpation du titre est d'autant plus sévèrement punie que l'exercice de la médecine est plus libre. Ce fait est à la base d'un état de choses créant d'une part des médecins qualifiés dont le titre est bien protégé et d'autre part des sortes de « soigneurs » ou guérisseurs dont l'exercice est jusqu'à un certain point libre, mais qui ne doivent pas s'intituler médecins. Le public ainsi est prévenu et, en cas d'accident, ne peut incriminer une insuffisante garantie fournie par l'Etat.

CHAPITRE III

Le libre choix du médecin.

Le libre choix du médecin par le malade est une des prérogatives que les praticiens sauvegardent jalousement et considèrent comme une protection contre la fonctionnarisation de la médecine. Aussi, ce libre choix est-il respecté dans tous les pays, sauf quelques cas particuliers.

L'Allemagne et le Danemark restreignent le libre choix pour les vénériens contagieux qui ne se font pas traiter ou qui ne suivent pas leur traitement. Dans ce cas, ils peuvent être conduits de force dans certains établissements sans qu'on consulte leur préférence.

Il en est de même en Allemagne pour la stérilisation des individus atteints de maladies héréditaires. Cette opération ne peut être pratiquée que dans des établissements déterminés. Le Danemark prévoit en outre la suppression du libre choix en cas d'épidémie.

*
* * *

Si le libre choix est généralement admis pour la

clientèle individuelle, il en est loin d'être ainsi pour les malades appartenant à une collectivité. Nous envisagerons quatre catégories pour lesquelles le problème se pose différemment dans les divers pays : assurés sociaux ou assimilés, accidentés du travail, pensionnés d'état (en particulier de guerre) et assistés médicaux indigents. Pour ce qui concerne les trois premières catégories, il ne peut s'agir que du médecin traitant. Il est bien entendu que le médecin contrôleur ou inspecteur ne peut être choisi par le malade.

Pour les assurés sociaux, le libre choix est absolu en Danemark, France, Grande-Bretagne, Hollande, Luxembourg, Norvège, Suède et Suisse. Des réserves variées sont faites en Allemagne, Belgique et Estonie. En Allemagne, le malade a le droit de choisir son médecin pour les soins, mais pas pour la délimitation de la durée de la maladie. En Belgique et en Estonie, il existe des différences de contrat selon les régions et selon les caisses. Le libre choix des Assurés sociaux n'existe pas en Autriche, Bulgarie, Hongrie et Yougoslavie. Enfin, en Espagne et en Grèce, les assurances sociales n'existent pas.

Pour les accidentés du travail, il existe également des différences notables. Le libre choix est respecté en Allemagne, Danemark (où le choix doit être fixé par la durée de l'année), France, Grande-Bretagne, Hollande, Luxembourg, Norvège, Suède et Suisse. En Belgique et Estonie, il existe des différences suivant les caisses. Enfin, l'Autriche, la Bulgarie, l'Es-

pagne, la Grèce, la Hongrie et la Yougoslavie n'admettent pas le libre choix.

Les pensionnés d'état ont le libre choix en Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, Norvège, Suède et Yougoslavie. Le libre choix n'existe pas en Autriche, Bulgarie, Grèce, Hongrie et Suisse. Dans les autres pays l'institution n'existe pas.

Pour les indigents bénéficiant de l'Assistance médicale gratuite, il n'existe aucun pays où le libre choix est général et absolu. En Allemagne, Belgique, Danemark, France, Luxembourg, Suède et Suisse, la tendance est au libre choix, mais dans certains cas plus ou moins fréquents suivant les pays, ce libre choix n'est pas respecté. Dans la grande majorité des cas, et, d'une façon constante, dans les autres pays (Autriche, Bulgarie, Espagne, Estonie, Grande-Bretagne, Grèce, Hollande, Norvège Yougoslavie), les indigents sont soignés par des médecins de la commune appointés. Dans certains pays, comme la Grande-Bretagne, la Hollande, certains cantons de la Suisse, etc., il existe un véritable poste de « médecin des pauvres » qui assume seul, dans une circonscription donnée, les soins des indigents.

Notons que, même dans les pays où le principe du libre choix est admis, comme en France, celui-ci n'est parfois pas respecté en fait. Dans les communes où il y a un médecin, l'indigent est obligé de s'adresser à celui-ci puisque les frais de déplacement des médecins plus éloignés ne sont pas remboursés. Il

existe même bien des cas où, dans une commune relativement grande, un seul ou un petit nombre de médecins assument ces soins, car les autres les refusent.

Il semble donc que la question du libre choix, considérée comme très important au point de vue juridique et au point de vue des rapports du médecin avec les particuliers et avec l'Etat, est en fait beaucoup plus sous la dépendance des circonstances matérielles que sous celle des lois ou règlements.

CHAPITRE IV

Le secret professionnel.

La notion du secret professionnel est à la base même de l'exercice d'un certain nombre de professions libérales comme celles de l'avocat, du prêtre et du médecin. Aux yeux de toute l'opinion publique médicale, le libre exercice de la profession ne peut se concevoir sans secret professionnel. Aussi, cette notion figure dans la juridiction de tous les pays, mais avec des divergences de détail considérables.

Notons immédiatement que le secret absolu n'existe pas depuis la déclaration obligatoire des maladies contagieuses. Ce cas fait exception dans tous les pays. Nous le mettons donc complètement à part.

Pour voir clair dans la question, il est indispensable d'établir des distinctions. On doit concevoir le secret professionnel par rapport :

- a)* aux tiers ;
- b)* à la famille du malade ;
- c)* à la justice ;
- d)* à l'Etat ;

- e) en cas d'assurances sociales ;
- f) en cas d'accident de travail ;
- g) pour les pensionnés d'état (ou de guerre) ;
- h) ou en cas d'assistance médicale gratuite.

Dans chacun de ces cas, le secret est diversement considéré suivant les pays. Notons immédiatement qu'en France et dans le canton de Genève le secret médical est très étendu et ne comporte qu'une seule exception : le cas des pensionnés d'état ou de guerre. Nous n'y reviendrons pas.

Par rapport aux tiers (étrangers au malade), le secret professionnel est général, sauf quelques exceptions. En Allemagne, le secret peut être divulgué « si des intérêts supérieurs sont en jeu » (?) ; il peut l'être en Grande-Bretagne avec l'autorisation du malade. Enfin, dans les cantons de la Suisse alémanique, le secret peut être révélé pour éviter à un tiers un « grave danger ».

Par rapport à la famille du malade le secret n'est conservé qu'en France, Estonie, Espagne, Belgique, Grande-Bretagne, Suède et le canton de Genève.

Devant les tribunaux, le médecin doit témoigner dans la plupart des pays, sauf en France où le secret est absolu ; en Belgique, où le médecin est juge de ce qu'il doit révéler ; en Grande-Bretagne, il peut témoigner dans l'intérêt de son malade. Il peut également témoigner en Hollande, Suède et Suisse s'il a été délié par son malade. En Yougoslavie, il peut être

dans certaines circonstances délié par le Ministre de la Santé publique.

Le secret professionnel par rapport à l'Etat, le gouvernement et d'une façon générale les autorités publiques est assez fortement entamé dans beaucoup de pays. Il subsiste à peu près intégralement en France, Belgique, Bulgarie, Estonie, Hollande, Suède, et Suisse. Par contre, la communication du diagnostic et de tous renseignements est obligatoire en Allemagne, Autriche, Danemark et Hongrie.

Dans d'autres pays, la divulgation n'est prévue que pour certains cas : en Espagne s'il peut résulter de la conservation du secret un « préjudice pour la collectivité », en Angleterre si l'on demande un rapport à la suite d'un règlement et si le malade est consentant, en Norvège en cas de mariage éventuel d'un vénérien, enfin en Yougoslavie s'il s'agit d'un fonctionnaire.

*
* *
*

Les cas sont encore plus complexes lorsqu'il s'agit du secret médical vis-à-vis de certaines organisations publiques : assurances sociales, assurances accident de travail, pensions d'Etat et assistance médicale gratuite. En France, le secret persiste, sauf pour les pensionnés de l'Etat.

Vis-à-vis des organisations d'assurance sociale, le secret est intégralement respecté en Hollande.

Il l'est en principe en Belgique et en Estonie, mais pas toujours en fait. Dans tous les autres pays, le

secret médical a été aboli dans les assurances sociales.

En ce qui concerne les accidentés du travail, le secret professionnel est encore plus restreint. En dehors de la France, il ne persiste qu'en Belgique et partiellement en Estonie. Partout ailleurs, il est aboli.

Vis-à-vis des pensionnés d'état ou de guerre, seul cas où le secret est aboli en France, il a persisté en Belgique et en Suisse. Il n'existe pas ailleurs (le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et la Suède ne connaissent pas cette catégorie).

Enfin, pour le service médical des indigents, le secret existe en Belgique, Estonie, France, Hollande, Luxembourg, Suisse et Yougoslavie. Notons qu'il y a en France une légère entorse au secret médical lorsque, pour certains médicaments coûteux, le médecin doit indiquer le « motif » de la prescription. Ce motif constitue le diagnostic de la maladie.

On voit donc que dans l'ensemble la notion du secret professionnel médical subit actuellement de sérieuses défaites. Notons comme signe des temps que, dans l'enquête qui nous sert de base, les corporations médicales de certains pays (Allemagne, Autriche, Danemark, Grande-Bretagne, Luxembourg, Norvège et Suède) elles-mêmes ont déclaré que le principe du secret professionnel doit fléchir dans certaines circonstances. Les motifs de cette abdication sont variés : nécessités des assurances sociales, importance des statistiques, degré de développement de la législation sociale rendant le secret impossible.

Il est vrai qu'on doit établir une distinction entre la divulgation pure et simple du secret médical et la communication de certains renseignements à des fonctionnaires qui, eux-mêmes, sont tenus au secret professionnel.

CHAPITRE V

La responsabilité professionnelle.

La législation proprement dite est assez laconique au sujet de la responsabilité professionnelle des médecins. En France, il n'existe aucune disposition spéciale, mais le médecin peut encourir des condamnations de droit pénal pour coups et blessures ou homicide par imprudence (fait exceptionnel), mais peut surtout être l'objet d'une poursuite en dommages-intérêts au point de vue de sa responsabilité civile. Nous ne nous occuperons d'ailleurs que de la responsabilité civile, la responsabilité pénale constituant un problème à part.

Des dispositions légales permettant de réclamer des dommages-intérêts à un médecin en cas d'erreur de diagnostic, de traitement défectueux, de guérison incomplète, etc., existent dans tous les pays. Cependant les faits varient beaucoup d'un pays à l'autre. On peut établir toute une gamme de sévérité et de fréquence des peines prononcées contre des médecins reconnus coupables d'une faute professionnelle ayant causé un dommage au malade. Ces divergences ne

semblent pas tenir à des différences de législation, mais leur cause réside d'une part dans l'application de la peine, d'autre part dans la jurisprudence et aussi dans la mentalité du client et le prestige dont jouit le corps médical aux yeux de celui-ci.

Il existe trois pays où il n'y a pas eu jusqu'ici de condamnation de médecin : Espagne, Norvège, Yougoslavie. Ces condamnations sont rares en Allemagne, Autriche, Estonie, Hollande et Luxembourg. Elles sont fréquentes en Belgique, Danemark, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie et Suisse.

Parmi ces derniers pays, on peut encore établir une distinction selon l'importance des sommes. Ainsi, c'est la Grande-Bretagne qui est en tête avec une condamnation de 625.000 francs suisses (environ 3.125.000 francs français) pour internement injustifié pendant 9 ans. Vient ensuite la Suisse (130.000 fr.). Puis vient la France avec des condamnations de 100.000 francs, enfin le Danemark avec une condamnation de 35.000 francs.

Les motifs de condamnation sont également intéressants à étudier. On punit les thérapeutiques ayant déterminé des accidents graves : brûlures par rayons X, fautes opératoires par oubli d'un corps étranger dans le péritoine, etc. Mais on punit aussi l'omission de certains traitements : injection préventive de sérum antitétanique, ou l'omission d'un moyen d'investigation : radiographie dans une fracture.

Les cas d'espèces sont multiples. Ainsi, en France, la jurisprudence permet de juger plus sévèrement

les fautes commises au cours d'un traitement qui n'est pas absolument nécessité par l'état de santé du malade, comme la chirurgie esthétique.

Précisément à cause de la diversité des cas, on estime généralement que seuls des experts médicaux peuvent juger si une faute a été commise ou non. Sans qu'on puisse dire qu'il s'agisse d'une juridiction professionnelle, c'est l'avis des experts ou même celui d'un organisme médical (le Conseil médical de Justice en Hongrie, par exemple) qui tranche la question.

CHAPITRE VI

Obligations professionnelles.

Dans ce chapitre entrent un grand nombre de faits, mais nous n'insisterons que sur deux points : les soins obligatoires vis-à-vis des malades et la possibilité d'une réquisition (pour soin, expertise, autopsie, etc.) par les autorités. Il y a encore d'autres points, comme l'obligation d'observer certaines lois sur les stupéfiants ou l'impossibilité pour le médecin d'hériter d'un client, etc., mais nous n'en tiendrons pas compte ici.

Quant à l'obligation de répondre à un appel de malade, elle est considérée comme constante au point de vue moral par tous les médecins. Nous nous en tiendrons cependant ici aux seules dispositions légales. Cette obligation est une nécessité légale absolue en Bulgarie, Estonie, Grèce et dans certains cantons suisses.

Pour les autres pays, on prévoit différents cas. Le médecin est obligé de répondre à un premier appel en Autriche, Danemark, Hollande, Hongrie, Norvège, Yougoslavie et certains cantons suisses. A cette obli-

gation, il existe différentes réserves, constituant des circonstances spéciales : maladie du médecin, maladie contagieuse dans sa famille, non-acquittement de la note précédente (Yougoslavie) ou toute autre cause appréciée par la justice (Grèce).

Dans tous les autres pays l'obligation légale n'existe pas.

Le médecin n'a pas le droit d'interrompre un traitement en Autriche, Belgique, Suède, Suisse, Espagne s'il est le seul médecin de la localité. En Hongrie et Yougoslavie il n'a le droit de l'interrompre que si le malade ne suit pas le traitement, si le médecin a été offensé, si un autre médecin a été appelé sans son consentement ou si l'on a fait appel à un charlatan. Dans la plupart de ces pays, le médecin est obligé de fournir un remplaçant en cas d'interruption.

Par contre, le refus de continuer les soins est admis sans réserves en Allemagne, Bulgarie, Danemark, Estonie, France, Grande-Bretagne, Hollande, Luxembourg, Norvège.

* *

La réquisition du médecin pour des soins ou pour toute autre cause est admise partout par la loi.

L'obligation la plus absolue existe en Estonie, où l'on peut appeler un médecin chez un malade « en tout temps ». L'obligation de répondre à tout appel de la part des autorités est également absolue en Autriche, Espagne, Hongrie et Yougoslavie.

Dans les autres pays, la réquisition n'est prévue qu'en cas de sinistre public, mais ici il s'agit des obligations de chaque citoyen. Il existe des pays comme la Grande-Bretagne ou la Suède où, en dehors d'un contrat avec l'Etat, le médecin peut refuser toute réquisition.

Pour ce qui concerne la réquisition aux fins d'expertise médico-légale, d'autopsie, etc., le médecin est obligé d'y répondre en Bulgarie, Danemark, Estonie, Espagne, France, Grande-Bretagne, Luxembourg, Suisse et Yougoslavie. Ces examens ne sont obligatoires que pour les médecins assermentés, donc liés par un contrat en Allemagne, Autriche, Belgique, Grèce, Hollande, Norvège, Suède.



A propos des obligations des médecins, la question s'est posée si l'Etat ne doit pas une compensation à ceux-là, étant donné les possibilités de réquisition très étendues dans certains pays. Cette compensation existe en Grèce sous la forme d'une retraite légale.

Une semblable disposition n'existe dans aucun autre pays. D'ailleurs, un grand nombre d'entre eux se sont prononcés contre un tel vœu, ceux précisément dans lesquels les obligations des médecins sont peu importantes (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, Hollande, Norvège, Suède, Suisse). Les trois pays qui souhaitent

une telle compensation sont l'Autriche, l'Estonie et la Hongrie.

L'idée d'une retraite pour les médecins est vivement souhaitée en France, mais dans le cadre des groupements professionnels eux-mêmes, ce qui aurait l'avantage de ne pas rendre les médecins encore plus dépendants des autorités publiques.

CHAPITRE VII

L'Ordre des médecins.

Nous voudrions examiner à la fin de ce travail l'existence d'un organisme professionnel central, pourvu de pouvoirs légaux et obligatoire pour tout médecin. Il s'agit uniquement de groupements imposés par la loi et non pas des divers groupements professionnels qui existent dans tous les pays.

Il existe un Ordre des médecins ou un organisme équivalent en Allemagne, Autriche, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Grande-Bretagne, Grèce, Hollande, Luxembourg, Suède, Yougoslavie et dans le canton de Vaud. La question est à l'état de projet en France. Dans les autres pays, il n'existe aucun organisme similaire.

Ces organisations portent le nom de « Chambre des médecins », « Conseil général des médecins », « Conseil national d'Hygiène », etc. Nous n'avons pu avoir des renseignements exacts sur l'étendue de leur pouvoir. Dans tous les cas, tous les médecins praticiens sont obligés d'y adhérer. Ces organisations sont destinées à maintenir dans le corps médical le res-

pect des règles de la Déontologie. Ces règles se trouvent codifiées en Grèce et en Suède ; elles existent sous forme de statuts en Allemagne, Autriche, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Suisse et Yougoslavie. En Grande-Bretagne, elles se constituent peu à peu sous forme de jurisprudence ou de « précédents ».

L'ordre des médecins ou l'organisme équivalent constitue un organisme disciplinaire en Allemagne, Autriche, Espagne, Estonie, Grande-Bretagne, Grèce, Luxembourg et Yougoslavie. Cependant, les sanctions qui y sont édictées doivent passer par un tribunal pour être exécutées en Grèce, en Luxembourg et en Yougoslavie. Le condamné peut faire appel contre la décision de l'ordre auprès des tribunaux en Allemagne, Autriche et Estonie.

Remarquons que des organismes disciplinaires existent dans tous les pays, mais leur pouvoir ne peut aller au delà de l'exclusion du groupement professionnel. Or, lorsqu'il n'existe pas d'Ordre des médecins officiel, cette exclusion est sans importance et peut même donner aux exclus une plus grande liberté dans leurs agissements. Par contre, les organisations officielles que nous envisageons ici peuvent édicter des sanctions sévères : amende, exclusion qui rend alors impossible l'exercice de la médecine.

Il est à remarquer que, dans tous les pays, les médecins sont très satisfaits de la création d'un organisme central ayant force de loi.

La proposition française a été votée par la Chambre

des Députés le 9 décembre 1932, par le Sénat le 14 février 1935 et se trouve actuellement à nouveau devant la Chambre. Il est à souhaiter qu'un tel organisme puisse aplanir toutes les difficultés devant lesquelles se trouve aujourd'hui le corps médical français, comme d'ailleurs celui de l'Europe entière.

Des deux tendances contraires, conservation de l'exercice individuel et extension de plus en plus grande de la médecine sociale, laquelle va triompher, nul ne sait. Il serait désirable qu'un compromis harmonieux s'établît entre elles, permettant de sauvegarder la dignité de la profession médicale en même temps que l'application rationnelle des progrès modernes de la médecine scientifique.

Conclusions.

Nous avons examiné et comparé les diverses dispositions légales concernant l'exercice de la médecine dans dix-sept pays d'Europe : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hollande, Hongrie, Luxembourg, Norvège, Suède, Suisse et Yougoslavie.

Les principaux points que nous avons étudiés sont les suivants :

1° Qualités requises pour l'exercice de la médecine. Dans la plupart des pays, l'exercice de cette profession est réservée aux personnes munies d'un diplôme de docteur en médecine (ou son équivalent). Dans certains pays, il y a cependant un droit de « soigner », à condition que toute confusion soit impossible avec les médecins qualifiés. Dans tous les cas, le diplôme donnant droit d'exercer la médecine est un diplôme délivré par l'état. Le droit de regard de l'état sur

l'exercice de la médecine est plus ou moins direct. Nous avons également envisagé le cas des diplômes étrangers et celui de l'exercice de la médecine par les non-nationaux ;

2^o L'exercice illégal de la médecine et l'usurpation des titres sont diversement envisagés par les législations. Dans l'ensemble les garanties semblent nettement insuffisantes ;

3^o Dans l'ensemble des pays d'Europe le libre choix du médecin par le client est respecté, sauf dans les cas des assurances sociales, les accidents de travail, les pensionnés de l'état et les indigents ;

4^o Le secret professionnel a subi ces derniers temps de sérieuses atteintes surtout de la part des organisations collectives (assurances sociales, pensions, etc.). C'est la France qui semble l'avoir conservé sous sa forme la plus intégrale ;

5^o La responsabilité professionnelle civile des médecins est légalement reconnue dans tous les pays, mais les condamnations varient quant à leur fréquence et leur importance ;

6^o Les obligations des médecins (soins obligatoires, réquisitions, etc.), sont très dures dans certains pays, sans qu'il en résulte une amélioration sensible de la situation du médecin ;

7° Un ordre des Médecins (ou organisme équivalent) existe dans 12 pays d'Europe sur les dix-sept étudiés et son influence semble être très favorable sur la solution des diverses difficultés professionnelles.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Les renseignements fondamentaux nous ont été fournis par les réponses à une enquête adressée aux groupements professionnels des différents pays par l'Association professionnelle internationale des médecins. Les données de cette enquête doivent paraître dans la *Revue internationale de Médecine professionnelle et Sociale*.

Nous avons utilisé également une série d'articles parus dans la *Presse Médicale* des 12 décembre 1934 ; 9 février 1935 ; 27 février 1935 ; 13 mars 1935 ; 8 mai 1935 ; 25 mai 1935 ; 8 juin 1935 et 31 juillet 1935.

